

CONSIDERAȚII ÎN LEGĂTURĂ CU DOUĂ CAZURI DE MIOZITĂ ACUTĂ SUPURATĂ A MUȘCHIULUI PSOAS-ILIAIC

N. Mühle, V. Nistor, S. Dașchievici

Miozita acută supurată a mușchiului psoas-iliac (psoita acută supurată) este o afecțiune rar întâlnită. Prin evoluția ei gravă și mai ales prin problemele de diagnostic diferențial pe care le pune, merită să fie reluată în discuție.

Pentru a ilustra dificultatea de diagnostic în această boală, prezentăm cele două cazuri întâlnite în clinica chirurgicală din Tg.-Mureș în cursul anului 1963.

Cazul 1. I. F., în vîrstă de 19 ani (F. O. 2146), se internează în clinica noastră cu diagnosticul de apendicită acută. Bolnavul prezintă de două zile febră vesperală, peste 39,5° și dureri necaracteristice în hemi-abdomenul drept, fără semnele unui abdomen acut chirurgical și este transferat la secția de urgențe a clinicii medicale. Fiind suspectat de febră tifoidă este transferat la clinica de boli contagioase. Aici diagnosticul de febră tifoidă se infirmă, dar avînd în vedere starea

infecțioasă a bolnavului (febră, leucocitoză, VSH și ASLO crescut) și o jenă accentuată a mișcărilor articulației coxo-femorale drepte, jenă apărută între timp, se bănuie o artrită reumatică. Se aplică un tratament intens antibiotic și corticosterapic care duce la dispariția stării septice, scăderea VSH și a leucocitozei ca și la dispariția durerii abdominale și dinuarea durerii din regiunea coxo-femurală. Toate acuzele reapar și chiar se accentuează însă imediat după oprirea tratamentului, iar în fosa iliacă dreaptă apare o formație tumorală foarte dureroasă. Examenul ortopedic și radiologic, infirmind o afecțiune osteo-articulară, iar aspectul evolutiv al bolii infirmind reumatismul, bolnavul este retransferat la clinica chirurgicală, a douăzecea zi de la prima internare, cu suspiciunea unui abces retroperitoneal de origine apendiculară.

Examenul bolnavului relevă pe lingă o stare generală septică (febră 39,8°, leucocitoză 14.000) o formație tumorală fluctuantă de mărimea unui pumn de adult, dureroasă spontan și la palparea, ovalară, fără limite net circumscrise, fixă, situată în fosa iliacă dreaptă, atingând cu polul ei inferior arcada inghinală. Coapsa este flectată pe abdomen, exagerarea flexiei nefiind dureroasă dar extensia provocând dureri insuportabile. Adenopatie inghinală dreaptă dureroasă. Tactul rectal nu relevă nimic patologic, examenul radiologic osteo-articular și examenul urologic negative.

Se intervine (Op. 806/27. IX. 63) prin incizie iliacă dreaptă și se pătrunde în spațiul preperitoneal. Peritoneul nu este congestionat, iar zona cecală subiacentă este normală la palparea. Colectia se palpează sub fascia iliacă (Fascia iliopsoica). Străbătând această fascie se găsește o colecție mare de puroi semilichid galben-verzui, nefetid. În fundul cavității rămase după evacuarea puroiului se simte peretele osos al fosei iliace și articulația sacro-iliacă. Examenul bacteriologic extemporaneu relevă coți și lipsa bacilului Koch. Se drenează cu două tuburi de cauciuc și se închide parțial plaga. Antibioterapie postoperatorie (aureociclină).

Starea generală se ameliorează rapid, poziția antalgică a coapsei dispăre treptat, bolnavul este afebril dintr-a patra zi după operație. Iese vindecat a 15-a zi după operație. Controlat la 1, 3 și 6 luni de la operație, este sănătos.

Cazul II. B. A., în vîrstă de 55 ani (F. O. 2657), se internează în clinica noastră cu diagnosticul Policlinicii I de abces al mușchiului psoas stg. Bolnava suferă de mai mulți ani de o discopatie lombară. Boala actuală a debutat în urmă cu două săptămîni, afirmativ după un efort fizic, cu o durere cu caracter de junghi în regiunea sacro-iliacă stîngă care iradiază în regiunea inghinală și coapsa stîngă pînă la nivelul genunchiului. Interpretînd această durere ca un nou puseu de lombo-sciatică, medicul de circumscripție recomandă un tratament cu vitamina B₁ și saliform. Durerea nu cedează și totodată apare o flexie antalgică a coapsei stîngi și o alterare a stării generale: febră, adinamie, inapetetență, grețuri. Susținînd de data aceasta o colică renală, medicul de circumscripție îi administrează trei zile la rînd morfină (!). Durerea persistînd însă și în urma acestui tratament, iar poziția antalgică a coapsei și alterarea stării generale accentuîndu-se, înbrăcînd chiar forma unei stări septice, bolnava este trimisă la policlinică și de aici la clinica noastră.

La internare se constată: starea generală alterată, febra peste 38° C, tahicardie 120', leucocitoză 26.000. Examenul local pune în evidență flexia antalgică a coapsei stîngi, extensia activă sau pasivă, provocînd dureri insuportabile. Flexia este suportată de bolnav. În fosa iliacă stîngă se simte o formațiune tumorală fermă de mărimea unui pumn de adult, nedelimitată precis, cu o prelungire ovoidă, fluctuantă sub arcada femurală. Nu prezintă adenopatie inghinală. Examenul radiologic pulmonar, osteo-articular al coloanei lombo-sacrate și a bazinului nu relevă nimic patologic, de asemenea examenul ginecologic și urologic. Se intervine cu anestezia locală. După puncție și examen bacteriologic extemporaneu, care arată prezența stafilococilor, se practică incizia inghinală stîngă. Se pătrunde în spațiul preperitoneal și se constată prezența colecției sub fascia iliacă. Se secționează această fascie și se pătrunde într-o colecție de puroi galben verzui

nefetid, în cantitate de aproximativ 250 ml. Peretele postero-extern al cavității rămase este format de osul iliac acoperit de sfaceluri. Proximal colecția se întinde până dincolo de articulația sacro-iliacă, iar distal ea pătrunde în planșelul triunghiului lui Scarpa. Antibiotice local și drenajul cavității rămase cu două tuburi de dren. Inchiderea parțială a plăgii.

Imediat după intervenție flexia antalgică a coapsei cedează mult și dispare progresiv în zilele care urmează operației. Starea generală se ameliorează rapid, a 5-a zi se suprimă drenul și bolnava iese vindecată a 10-a zi de la operație.

La ambii bolnavi examenul bacteriologic definitiv arată prezența stafilococului hemolitic auriu.

Cazurile prezentate de noi se încadrează în formele primitive hematogene sau „idiopatică” ale miozitelor acute supurate. Nu s-a putut identifica nici o cauză de vecinătate sau la distanță care ar fi putut determina secundar abcesul.

Faptul că la ambele cazuri s-a izolat din puroi stafilococ hemolitic auriu concordă cu datele din literatură, în care acest germeni este incriminat cu predominanță ca fiind agentul cauzal al miozitelor supurate acute primitive din Europa.

Anatomo-patologic abcesul muscular localizat la m. psoas-iliac se caracterizează printr-o colecție de puroi brun sau galben-verzui care se dezvoltă în plin mușchi, sub fascia iliacă (Fascia ilio-ptoica), mărginindu-se posterior și lateral de suprafața osului iliac și articulația sacro-iliacă. De aici colecția poate difuza însă în spațiile musculo-aponevrotice învecinate.

Simptomatologia vagă a perioadei incipiente a bolii duce la greșeli frecvente de diagnostic care sînt aproape caracteristice în această boală: stare febrilă pînă la toxi-infecțioasă, dureri pe traiectul plexului lombar, sensibilitate în fosa iliacă dreaptă. În cazurile noastre afecțiunea a fost confundată rînd pe rînd cu apendicita acută, febra tifoidă, reumatismul poliarticular acut în primul caz, cu lombosciatica, colica renală, în cel de al doilea caz. De altfel *Lence* și *Rogers* descriu forma tifoidă a psoitei acute. Dar în această fază boala mai poate fi confundată și cu multe alte afecțiuni (coxalgie, artrită supurată a șoldului), în care însă nu numai extensia, ci și flexia este dureroasă, anexită acută, osteo-mielita ilionului, neoplasmul cecului, diferite procese inflamatorii intra-abdominale sau alte afecțiuni generale. În perioada de stare se conturează de obicei tabloul clasic al psoitei acute supurate prin cele trei semne caracteristice: 1. stare septică; 2. contractură antalgică a coapsei (flexie forțată, abducție și rotație externă a coapsei — semnul lui De la Motte); 3. tumefacție mai mult sau mai puțin fluctuantă în groapa iliacă ce se prelungește sub arcada inghinală (de obicei sub vasele femurale). Dar și în acest stadiu există posibilitatea de a o confunda cu adenita și adenoflegmonul inghinal, flegmonul perinefretic, abcesul pottic infectat, blocul periapendicular sau alte forme de peritonită localizată sau pelvipertonită, neoplasmul cecului sau al sigmei cu inflamație peritumorală, abcesul osifluent etc. O afecțiune foarte rară, dar foarte ușor de confundat cu psoita supurată, este bursita supurată a psoasului care îmbracă același tablou clinic dar nu prezintă fluctuență, deoarece este acoperită de mușchiul psoas integru dar contractat. Dispariția marginii musculare a psoasului pe radiografia bazinului ar fi un indiciu în diagnosticul diferențial, aceasta dispărînd în cazul abcesului muscular.

Evoluția cazurilor netratate la timp, este de obicei foarte gravă, complicațiile locale și generale pot fi fatale. Printre complicațiile locale se citează difuziunea colecției în spațiile retroperitoneale, spațiul perinefretic, spațiul Retzius, în spațiile musculo-aponevrotice învecinate (fesiere sau ale coapsei), perforații în cavitatea peritoneală (trei cazuri comunicate de *Perrochaud*, *Curtillet* și *Salmon*) sau penetrări în articulații, erodări ale vaselor mari, tromboze venoase iliace, fistulizări la piele.

Septicemia ca și complicație generală, constituie regula (*Lauda*) și duce de cele mai multe ori la un deznodămînt fatal.

Tratamentul chirurgical cit mai precoce, constînd în deschiderea, evacuarea și drenarea colecției purulente (de obicei incizia ilio-inghinală dă un acces satî-

făcător), asociat cu tratamentul masiv cu antibiotice, duce în general la o vindecare rapidă și fără sechele.

Tocmai din cauza necesității aplicării precoce a tratamentului chirurgical se impune un diagnostic cât mai precoce. Din acest motiv am găsit utilă și necesară prezentarea celor două cazuri internate în clinica noastră, atrăgând astfel atenția asupra acestei boli rare, dar nu excepționale, care trebuie avută în vedere la diagnosticul diferențial al sindroamelor dureroase acute ale foselor iliace.

Sosit la redacție: 27 decembrie 1965.

Bibliografie

1. CIUREL M.: Chirurgia (1960), 1; 2. XXX. *Encyclopédie Med. Chir., Path. Chir.* (1955), vol. II. fasc. 15551, 3—4; 3. XXX. *Encyclopédie Med. Chir., Path. Chir.* (1955), vol. II. fasc. 15553, 8; 4. HANDLEY ASHKEN M. R., E COTTON: *Brit. Journ. Surg.* (1963), vol. 226, 846; 5. LAUDA E.: *Lehrbuch der Inn. Med.* (1951), vol. III. 309. Wien, Springer Verlag; 6. LAUZER ROZAIRE: *L'Union Medicale du Canada.* (1955), 3, 285; 7. PROKOPH S.: *Zeitschr. Ges. Inn. Med.* (1962), 20. 912.